l'hérédité syphilitique, le même arrêt de développement si bien étudié et si bien décrit par Hutchinson.

Or, il arrive souvent qu'on trouve des hérédo-syphilitiques avérés qui ont des dents presque irréprochables. Cependant, si l'on y regarde bien, on note que les dents sont un peu écartées, plus petites que ne le comporterait l'ossature de la face. Quand le patient sourit, on ne lui voit pas la mâchoire, et pourtant la bouche est souvent agrandie par d'anciennes rhagades des commissures labiales. Mais ces cas, sans être rares, sont l'exception, et si l'on cherche bien, chez beaucoup de sujets hérédo-spécifiques avec toutes les dents de devant saines et presque belles, on trouvera que les premières grosses molaires présentent les signes que j'ai décrits plus haut, ou si l'âge est déjà un peu avancé, les 4 dents sont cariées ou plusieurs d'entre elles ont complètement disparu, alors que celles qui restent laissent voir encore une couronne d'émail sain avec un ou deux tubercules pointus et incomplètement recouverts d'émail.

Je n'ai jamais entendu parler des grosses molaires comme pouvant porter les stigmates d'Hutchinson, même pas par ce maître éminent, dont j'ai eu tant de plaisir à suivre les magistrales leçons au « *London Hospital* ». C'est en constatant leurs altérations typiques chez de nombreux sujets porteurs soit de vraies dents Hutchinsonniennes, soit de plusieurs autres des stigmates caractéristiques de l'hérédo-syphilis que j'en suis arrivé à la conviction que les premières grosses molaires peuvent fournir des indications précieuses dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

SEIZIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Kératite parenchymateuse (*suite*). — Le plus souvent hérédo-syphilitique. — Quelquefois de nature tuberculeuse ou scrofuleuse. — Importance du traitement général par les injections hypodermiques ou intra-veineuses de sels mercuriels solubles. — Applications locales : atropine, dionine, compresses chaudes, cataplasmes hydrargyriques. — Injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium, d'eau de mer, de cyanure d'hydrargyre, etc... — Massage à la lanoline hydrargyrique. — **Maladies de la sclérotique**.— Episclérite de nature rhumatismale ou goutteuse. — Salicylate de soude, aspirine, colchicine. — Episclérite de nature tuberculeuse. — Massage à la lanoline iodoformée. — Cautérisations au galvano-cautère. — Injections sous-conjonctivales, etc...

Jusqu'à ces dernières années, il était assez généralement admis que la kératite parenchymateuse représentait une des principales manifestations de la triade d'Hutchinson caractéristique de l'hérédité syphilitique.

Or, récemment, des travaux intéressants (1) ont été publiés, qui tendraient à prouver que bien des kératites parenchymateuses ont pour origine et pour cause la tuberculose, soit qu'on retrouve le bacille de Koch dans différents organes primitivement atteints, soit qu'on ne les trouve que dans l'œil lui-même, et quelquefois dans l'infiltration cornéenne seule.

Certains auteurs ont été jusqu'à conclure que la tuberculose, de même que toutes les affections dyscrasiques à

(1) E. Von Hippel. — *Von Graefe's Archiv. XLII.*

longue portée, pouvait, aussi bien que la syphilis, engendrer non seulement les altérations cornéennes, mais tous les troubles trophiques qui caractérisent la triade d'Hutchinson et que par conséquent on ne doit pas considérer l'ensemble des signes ci-dessus comme une preuve d'hérédo-syphilis.

Nous ne sommes pas de cet avis, et nous pensons que l'observation clinique et l'expérimentation thérapeutique sont d'accord pour nous montrer que si la kératite parenchymateuse peut s'observer chez des individus simplement scrofuleux ou débilités, de même que comme une manifestation d'une tuberculose locale ou générale, ce sont là des faits exceptionnels ; et, très prochainement, nous pouvons l'espérer, la clinique, aidée de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique, arrivera à nous donner des signes de diagnostic différentiel entre ces diverses formes de kératites parenchymateuses.

De là découleront des indications de thérapeutique générale et peut-être aussi de thérapeutique locale. En tous cas, nous pouvons déjà dire, dès aujourd'hui, que le plus souvent, quand on se trouve en présence d'une kératite parenchymateuse grave, avec perte plus ou moins complète de la transparence cornéenne, il ne faut pas hésiter à appliquer le traitement général qui, dans toutes les formes de cette redoutable affection (fût-elle d'essence tuberculeuse), nous a donné des résultats si constants que nous pouvons dire qu'elle guérit presque à coup sûr. Nous voulons parler des injections hypodermiques ou intraveineuses de sels mercuriels solubles telles que nous les avons pratiquées dès longtemps avec notre maître le Dr Abadie à qui revient le mérite incontestable d'avoir généralisé ce mode de traitement.

L'analogie de forme et d'évolution que présentent,

avec les lésions syphilitiques, certaines affections tuberculeuses, notamment celles qui ont pour siège les os, les articulations, les ganglions lymphatiques et la peau, a naturellement suggéré l'idée d'utiliser contre ces tuberculoses locales les moyens dont on se sert pour combattre les manifestations de la syphilis, c'est-à-dire l'iode et le mercure.

L'iode figure depuis longtemps dans la thérapeutique des adénites chroniques. Il a été fréquemment employé, dans ces derniers temps, pour la cure des tuberculoses chirurgicales, sous forme d'injections hypodermiques d'après la méthode de Durante.

Quant à l'usage du mercure dans la tuberculose, il suffit de mentionner ici les injections sous-cutanées de calomel contre la tuberculose verruqueuse de la peau et le lupus, ainsi que les injections de sublimé contre le mal de Pott, sans parler de quelques faits de traitement hydrargyrique de la tuberculose, qui ont été publiés à diverses époques.

Cela étant, il est intéressant de signaler que, tout dernièrement encore, un confrère italien, M. le docteur T. Silvestri (de Nonantola), a obtenu par la médication mercurielle des résultats encourageants dans diverses formes de tuberculose. Les observations de M. Silvestri comprennent un cas de tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou, une scrofulose à manifestations multiples, un mal de Pott, trois cas de tumeur blanche du genou, une coxalgie, une ostéite tuberculeuse du sternum et un cas de lésions pulmonaires avec bacilles de la tuberculose dans les crachats, accompagnées d'ascite et d'hydropéricarde.

Chez ces malades, notre confrère a administré le sublimé soit en injections sous-cutanées, à la dose de 0 gr. 005 milligr., soit par la bouche, à des doses variant de 0 gr. 005 milligrammes à 0 gr. 02 centigr., suivant

l'âge du patient. Parfois, il prescrivait aussi quelques frictions mercurielles.

Dans tous les cas traités de la sorte, M. Silvestri aurait obtenu une amélioration considérable, le plus souvent même une guérison pour le moins apparente.

Dans une de nos précédentes leçons, nous avons donné et les indications et la technique des injections mercurielles (voir page 25 et suivantes) ; nous dirons seulement ici que la kératite parenchymateuse, se rencontrant surtout chez les enfants, c'est aux injections hypodermiques qu'il faudra donner la préférence ; les injections intraveineuses, plus délicates à pratiquer, seront réservées aux malades plus âgés et plus dociles.

Le traitement général par les mercuriaux a dès longtemps fait ses preuves. Localement, pendant toute la période aiguë, qui peut durer plusieurs mois, il faut éviter toutes les applications irritantes et se contenter d'instillations répétées d'atropine, et d'applications fréquentes de compresses chaudes. Un très bon topique, dans ces circonstances, est ce que nous appelons le *cataplasme mercuriel* (le contenu d'une ampoule de 2 grammes de *lanoline hydrargyrique* est étendu par une douce friction sur tout le pourtour de l'une ou des deux orbites, et par dessus on applique un cataplasme de farine de lin, bien gros, bien épais et aussi chaud que le malade peut le supporter.)

Mais à cette période aiguë, douloureuse, de l'affection, c'est de la thérapeutique générale que relève presque exclusivement la kératite parenchymateuse vraie.

Plus tard, les injections sous-conjonctivales, appliquées au moment opportun, peuvent avoir une influence capitale sur l'évolution du processus morbide. Nombreux sont déjà les auteurs qui ont confirmé nos premières assertions

sur ce point particulier de thérapeutique locale (1), et nous ne pouvons que répéter ce que nous avons maintes fois écrit :

Dans les kératites parenchymateuses bénignes, atones, ou qui ne sont souvent que le premier stade d'une forme grave, alors que l'infiltration est circonscrite et que la réaction est très modérée ou nulle, les injections sous-conjonctivales donnent des résultats excellents, quelquefois même merveilleux.

On voit parfois, après chaque injection, l'infiltration cornéenne repoussée de la périphérie vers le centre, chaque injection balaye, pour ainsi dire, tout le segment cornéen correspondant, et l'on peut ainsi faire le tour de la cornée, si bien qu'en quelques jours l'infiltration n'est plus visible que dans les parties les plus centrales de la cornée. Il semblerait alors que le liquide injecté sous la conjonctive ne parvienne plus jusqu'aux espaces lymphatiques les plus éloignés du limbe sclérocornéen.

A ce moment, les *massages à la lanoline hydrargyrique* dont nous avons parlé, il y a plusieurs années déjà (2), rendent les plus grands services. Après cocaïnisation, on introduit entre les paupières gros comme un grain de blé de lanoline hydrargyrique et l'on pratique immédiatement un massage rotatoire doux et prolongé que le malade peut répéter une ou deux fois par jour. On fait alterner ces frictions avec les compresses chaudes, les douches de vapeur et les cataplasmes hydrargyriques.

(1) Darier. — Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. (*Archives d'ophtalmologie*, nº 5, 1891.)

(2) Darier. — Lanoline en massages oculaires. (Société Française d'ophtalmologie de Paris, 1888.)

Il serait trop long de faire l'énumération des résultats obtenus par tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Marti (1) sous la direction du prof. Mellinger, à Bâle, a publié une thèse très documentée sur l'action thérapeutique des injections sous-conjonctivales d'eau salée dans les affections cornéennes. Il reconnaît aux injections de sublimé une action très favorable sur les processus infectieux ou destructifs de la cornée ; mais il reproche au sublimé de provoquer une inflammation adhésive qui amènerait une oblitération des espaces lymphatiques sous-conjonctivaux.

Nous avons déjà répondu à ce sujet que cette inflammation adhésive ne se produisait que quand on injectait une solution trop concentrée ou quand on pratiquait l'injection trop près du limbe scléro-cornéen ou dans la capsule de Tenon. Du reste, nous avons, depuis plusieurs années, abandonné complètement le sublimé, trop irritant, pour le remplacer par le Cn. Hg.

Marti conclut donc, comme son maître, que les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium, en stimulant énergiquement les échanges lymphatiques, ont une action des plus favorables sur la résorption et l'éliminatiou des éléments nocifs infiltrés dans le tissu cornéen.

Les injections de chlorure de sodium ayant en outre la qualité très importante d'être très peu douloureuses, nous ne pouvons que recommander l'emploi de ces injections dans la plupart des infiltrations cornéennes plus ou moins parenchymateuses.

L'eau de mer stérilisée aurait également donné de très bons résultats à M. le Dr Dianoux, de Nantes. Le nitrate

(1) A. Marti. — Des injections sous-conjonctivales d'eau salée dans les maladies de la cornée. (Bâle, 1894.)

de soude aurait, d'après M. Démicheri, une action excitatrice très puissante sur la circulation sanguine et lymphatique.

D'autres agents, que les progrès incessants de la chimie biologique ne manqueront pas de nous apporter, enrichiront du reste bientôt l'arsenal bien précaire encore de la thérapeutique sous-conjonctivale.

Nous ne saurions trop le répéter, dans la période aiguë violente, vasculaire, de la kératite parenchymateuse, tout traitement irritant local est absolument contre-indiqué ; mais quand arrive la période de déclin, quand la conjonctive bulbaire a repris son aspect normal, qu'il n'y a plus de vascularisation apparente, les injections sous-conjonctivales ont la même action favorable que dans la période initiale ou dans les formes atones, circonscrites, citées plus haut, et il nous est arrivé souvent de voir en quelques jours, sous l'influence de cette intervention locale, des cornées restées opaques pendant plusieurs mois, s'éclaicir rapidement et d'une manière remarquable.

Ici, comme partout, c'est le sens clinique qui doit guider le praticien dans l'appréciation du moment opportun où son intervention thérapeutique donnera le maximum d'avantages avec le minimum d'inconvénients. C'est là ce qui explique pourquoi certains auteurs ont renoncé aux injections sous-conjonctivales contre la kératite parenchymateuse, tandis que tant d'autres s'en montrent de chauds partisans. Appliquée au hasard, cette thérapeutique ne peut donner que des résultats très aléatoires quand elle n'entraîne pas d'autres inconvénients.

Enfin, pour en revenir à la pratique, voici comment nous conseillons de procéder dans le traitement des kératites parenchymateuses.

1° Le traitement général est la première indication ; il sera basé sur l'étiologie de l'affection et sur l'état constitutionnel du malade, mais le plus souvent ce seront les injections hypodermiques ou intra-veineuses de Cn. Hg. qui donneront les meilleurs résultats. Quand les injections ne pourront être appliquées chez les très jeunes sujets par exemple, on aura recours aux frictions ou à l'administration du sublimé à l'intérieur (voir page 227.)

2° Les seules applications locales seront, au début, les collyres à l'atropine et à la dionine, les compresses chaudes et les soins de propreté et d'antisepsie indiqués par les affections intercurrentes des paupières et de la conjonctive.

3° Quand, après cette période d'expectation armée du traitement général, on voit que les conditions se prêtent à une intervention locale, c'est-à-dire quand il n'y a pas une hyperémie conjonctivale marquée et quand on a affaire à un sujet déjà d'un certain âge et docile on en viendra aux injections sous-conjonctivales, en débutant par une demi-seringue de solution à 2 °/₀ de chlorure de sodium à la température de 32° environ.

Si cette première injection est complètement résorbée le lendemain, on pourra alors en pratiquer une deuxième, mais l'évolution de la kératite parenchymateuse étant très lente, il vaut mieux ne pas trop se presser et ne pratiquer les injections que tous les 2 ou 3 jours au maximum.

Les injections commencées avec une demi-seringue à 2 °/₀ seront progressivement augmentées et de volume et de force pour en arriver à injecter une pleine seringue d'une solution à 4 °/₀.

Quand une dizaine d'injections auront été pratiquées on laissera au patient un certain temps de repos pendant lequel le traitement général, de même que les applications

chaudes et l'atropine, seront continués avec ou sans interruption.

Si l'on a affaire à un sujet manifestement hérédo-syphilitique et même dans bien d'autres cas ou les autres traitements n'auraient pas réussi, il ne faudra pas hésiter à en venir aux injections sous-conjonctivales de sels mercuriels, et dans ces conditions la solution la plus active et la mieux supportée est la suivante :

Cyanure d'hydrargyre.......	0,01 centigr.
Chlorure de sodium.........	10 grammes.
Eau distillée................	50 —

ce qui représente une solution de Cn. Hg. à 1/5000 avec 2 °/₀ de chlorure de sodium.

On injectera d'abord une demi-seringue tous les 2 ou 3 jours, en augmentant progressivement les doses jusqu'à une pleine seringue. L'injection est mieux supportée, plus vite résorbée et plus efficace quand le liquide est injecté chaud (32° environ) et qu'on applique ensuite un pansement chaud. Nous avons déjà dit que la douleur de l'injection n'existe presque plus, si l'on a soin d'ajouter dans la seringne quelques gouttes d'une solution d'acoïne à 1 °/₀ (1).

Mais il ne faut pas s'entêter à pratiquer de nombreuses injections quand elles ne sont pas suivies d'un bon résultat et surtout quand elles ne sont pas bien tolérées. Dès que l'on s'aperçoit qu'une irritation un peu marquée se produit après les injections, il faut les espacer de plus en plus, les suspendre même pour un certain temps, en insistant sur le traitement général et les soins hygiéniques. *Les bains salins* avec du sel marin ou avec les eaux-

(1) Voir le mode d'emploi de l'acoïne, pages 76 et suivantes.